مجلة جامعة الملك عبدالعزيز: الآداب والعلوم الانسانية، م٣٠ع٤ ص ص: ٢٩٥- ٣١٢ (٢٠٢٢م)
DOI:10.4197/Art.30-4.13

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي جمعي في خفض الاكتئاب لدى مدمنات مادة الترامادول

د. هند السليمان
قسم علم النفس- كلية الآداب والعلوم الإنسانية
جامعة الملك عبدالعزيز

مستخلص. هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج علاجي جمعي لخفض الاكتئاب لدى مدمنات مادة (الترامادول) في مدينة جدة بالمملكة العربية السعودية. تكّون مجتمع الدراسة من عينة من مدمنات مادة (الترامادول)، اللاتي يُراجعن إحدى العيادات الخاصة بمدينة جدة، وقد بلغت العينة الكلية ٢٤ مدمنة، وافقن – اختياريًا- على المشاركة بالدراسة، وتراوحت أعمار المشاركات بين (٢٢-٣٠) عاماً. قسمت العينة إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية من ١٢مدمنة، ومجموعة ضابطة من ١٢ مدمنة، وقد طبق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية فقط. أظهرت النتائج على مقياس بيك وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية تُعزى إلى أثر المجموعة، مما يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في خفض مستوى الاكتئاب.
الكلمات المفتاحية: الاكتئاب، الإدمان المخدرات، ترامدول، برنامج علاجي جمعي.

المقدمة

الاكتئاب أحد الأمراض النفسية ذات الانتشار الواسع في كافة المجتمعات؛ إذ تشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة الإصابة بالاكتئاب الأساسي على مستوى العالم تقارب ٥% من السكان على كافة مستويات الدول، فيما ترتفع النسبة أكثر من ذلك في الاكتئاب العادي (Pamela et al، ٢٠١٠). أما في العالم العربي فيبلغ عدد المصابين بالاكتئاب ما يقارب اثني عشر مليون مصاب (عكاشة، ١٩٩٨). هذه الأرقام تكشف عن حجم انتشار الاكتئاب، الذي يؤثر تأثيرًا سلبيًا مباشرًا على حياة الفرد، وقد يمتد هذا التأثير إلى المجتمع ٢٠٠٧)

(Wang al et، ، فمثلاً: أشارت الدراسات إلى أن الاكتئاب يكلف الاقتصاد الأمريكي ٦٥ مليار دولار سنوياً (Berto al et، ٢٠٠٠). ويمكن تعريف الاكتئاب بالتعريف الذي وضعاه (بوتزون) و (اكوسيلا) –نقلاً عن (خليل، ٢٠١٦)– بأنه "موجة من الحزن العميق التي تجتاح الفرد، فيفقد معها لذة الحياة، ويشعر بأن الحياة لا معنى له فيها، ولا يعرف الفرد سبباً لهذا الانقباض الذي يكون كالعبء الثقيل عليه، فإذا ما انزاحت غمته، شعر الفرد وكأنه ألقى عن كاهله عبئًا كبيرًا، وكثيراً ما يعبر بعض المرضى عن وجود كثير من العوامل في حياتهم، كان ينبغي أن تشعرهم بالسعادة، ولكنهم عاجزون عن التمتع بها، أو حتى الرغبة في الاستمتاع بها".

وإن كان الاكتئاب أحد الأزمات أو الاضطرابات التي يعاني منها بعض الأفراد، فإن ما يضاعف من هذه المعاناة هو مصاحبتها للاضطرابات نفسية أخرى مثل: الإدمان، وهو سلوك ينعكس ضرره على الفرد أولاً؛ إذ يؤثر على الحياة العقلية والاجتماعية والجسدية والمالية للمدمن، وينعكس ثانياً على المجتمع المحيط؛ وذلك بتأثير الإدمان على شبكة علاقات المدمن (الرويلي، الشاوي، ٢٠١٦). وإدمان (الترامادول) ظاهرة بدأت تنتشر مؤخرًا بين الشباب؛ إذ إن تعاطيه يمنح الشخص حالة من النشاط والنشوة والسعادة، تحدث حالة من الاعتماد الجسدي. ويمكن كشف حالة الإدمان من خلال (الأعراض الانسحابية) والتي تتمثل بنوبات القلق، الاكتئاب، واضطرابات النوم، واضطرابات الأكل، وقد يصاحب هذه الأعراض هذيان، وارتعاش الجسد، وفقدان الوعي، وقد تصل تلك الأعراض في بعض الحالات إلى مرحلة خطرة تؤدي إلى الوفاة. (مهدي، ٢٠١٥).

وقد أظهرت الدراسات السريرية أن تقديم برامج علاجية للمدمنين، تسعى إلى إكسابهم بعض المهارات النفسية والاجتماعية، قد تلعب دوراً مسانداً لمحاولتهم للتخلص من الإدمان (الرويلي، الشاوي، ٢٠١٦). وكذلك قد تساعد المدمنين في التعامل مع الاكتئاب الذي قد يؤدي إلى انتكاس بعض الحالات، رغم رغبتها في التخلص من الإدمان. ومن هنا كانت فكرة الدراسة بتطبيق برنامج علاجي سلوكي جمعي، موجه لمدمنات مادة (الترامادول)، ممن حصلن على درجة عالية في مقياس (بيك) للاكتئاب.

مشكلة الدراسة:

تنحصر مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن السؤال الآتي: ما مدى فعالية برنامج إرشادي جمعي في خفض مستوى الاكتئاب لدى مدمنات (الترامادول) في مدينة جدة.

هدف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تقصي أثر البرنامج الإرشادي الجمعي في خفض مستوى الاكتئاب لدى مدمنات مادة (الترامادول) في مدينة جدة.

أهمية الدراسة:

للدراسة أهمية نظرية وتطبيقية، وذلك على النحو الآتي:

١. عرض إطار نظري يسهم في فهم كلٍ من الاكتئاب والإدمان، والعلاقة التي بينهما، بما قد يخدم الباحثين في هذا المجال مستقبلاً.

٢. التعرف على دور العلاج النفسي الجمعي باعتباره أحد طرق العلاج المساندة لمعالجة بعض الاضطرابات النفسية: كالاكتئاب والإدمان.

٣. الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في فهم الأليات التي يعمل بها الاكتئاب لدى المدمنين، التي قد تضعف من احتمالية التعافي من الإدمان.

٤. تقديم برنامج تطبيقي يمكن للمعالجين استخدامه مع المرضى؛ لتحسين الخدمات النفسية المقدمة للمدمنين تحديدًا.

مصطلحات الدراسة:

الاكتئاب:

يعرف (كولز) الاكتئاب باعتباره "خبرة وجدانية ذاتية، تتسم أعراضها بالتشاؤم، وفقدان الاهتمام، واللامبالاة، والشعور بالفشل وعدم الرضا، والرغبة في إيذاء الذات، والتردد وعدم البت في الأمور، والإرهاق، وفقدان الشهية، والشعور بالذنب، واحتقار الذات، وبطء الاستجابة، وعدم القدرة على بذل أي جهد"(Coles، ١٩٨٢).

ويُعرف الاكتئاب إجرائياً: بأنه الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة في اختبار (بيك).

العلاج النفسي الجمعي :

أحد أشكال العلاج النفسي، والذي يقوم على وجود عدد من الأعضاء يجمعهم عامل مشترك، وهو الاضطراب أو المشكلة النفسية، وقد يشتركون في عوامل أخرى ديمغرافية. يقود هذه المجموعة شخص متخصص، حاصل على تدريب واعتماد لممارسة هذا العلاج. ويقوم العلاج على وضع برنامج علاجي يتضمن أهداف للجلسات، وخطة علاجية مقترحة تتضمن أساليب علاجية وفقاً لإحدى نظريات العلاج النفسي الموثوقة علمياً.

الإدمان:

وفق منظمة الصحة العالمية يعرف الإدمان بأنه "حالة نفسية وعضوية، تنتج من تفاعل الفرد مع عقار ما، مما ينتج عنه ظهور أنماط سلوكية مختلفة، تشمل الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة أو دورية؛ للحصول على آثاره النفسية والعضوية المرغوبة، ولتجنب الآثار المؤلمة التي تنتج من عدم توافره. وقد يدمن المتعاطي على

أكثر من مادة واحدة. وأهم الأنواع التي تحدث إدمانًا هي: الكحول، والأفيون، والحشيش، والعقاقير، والحبوب (العيسوي، ٢٠٠٥).

عقار (الترامادول):

أحد أقوى المسكنات الأفيونية المصنعة، يستخدم العقار طبياً في علاج الآلام المتوسطة والشديدة المتكررة، وذلك في الآلام المصاحبة للحروق والكسور، والآلام الشديد في الأعصاب، تكمن قدرته على التأثير في نفس مستقبلات المورفين، بما يغير الطريقة التي يشعر بها الفرد نحو الألم (Dayer et. al, 1997)

الإطار النظري والدراسات السابقة:

أولاً: الاكتئاب:

كلمة (الاكتئاب) أصبحت متداولة بكثرة، لدرجة ورودها ٢٦٤ مليون مرة في يوم واحد، وذلك بتاريخ ٢٢-٣-٢٠٠٢، كما وردت الكلمة في ٤٧٦ مليون مقال حول الاكتئاب، وذلك في نفس اليوم (بلميوب، ٢٠١٥). ومفردة (الاكتئاب) مشتقه من الفعل " كأب" الذي يشير إلى اسم "الكآبة"، وهي تعني سوء الحال، والانكسار من الحزن والأسى (فايد، ٢٠٠١).

تتفق تعريفات الاكتئاب على اعتباره خبرة شعورية، إلا أنه لا ينحصر تأثيره على الخبرة الشعورية للفرد، بل يمتد إلى علاقة الفرد بمن حوله، ففي دراسة عن الحياة الاجتماعية للمكتئبين -وذلك عبر مقارنة المكتئبين بغير المكتئبين- اتضح أن مرضى الاكتئاب يتفاقم شعورهم بالوحدة مقارنة بغيرهم، ويعاني المكتئبون من الشعور بالذنب، والأرق، والقلق، وتزايد الميول الانتحارية (أحمد،١٩٩١).

تعددت التعريفات العلمية والأكاديمية للاكتئاب؛ إذ نجد أن (ستور) يعرفه بأنه "حالة انفعالية، يعاني فيها الفرد من الحزن، وتأخر الاستجابة، وقد تصل الدرجة في حالة الاكتئاب إلى درجة الميول الانتحارية، وكذلك الميول التشاؤمية، وأحيانا تعلو درجة الشعور بالذنب إلى درجة أن الفرد لا يذكر إلا أخطاؤه وذنوبه، وقد يصل إلى درجة البكاء الحاد" (خليل، ٢٠١٦).

ويختلف الاكتئاب عن الحزن لفقد عزيز، أو الضيق لعدم تحقيق هدف ما، أو الإحساس بالوحدة لغياب الأشخاص؛ وذلك لأنه شعور ملازم للفرد، بغض النظر عن المواقف الحياتية المحيطة به، وهذا الشعور يتضمن التشاؤم، والإحساس بالعجز، وبطء العمليات المعرفية (كالتفكير والتذكر)، ولوم الذات المستمر. وتستمر هذه الأعراض لفترة زمنية طويلة (إبراهيم، ١٩٩٨).

يرى (سلقمان) -نقلا عن (برزوان،٢٠١٢)- أن "الاكتئاب هو نتيجة فقدان الشخص إمكانية وضع علاقة إيجابية بين الفعل والدعم الايجابي، حيث يعتمد الشخص المكتئب على عملية العزو، فكل فشل يرجعه لعزو داخلي، أي

يرجع كل فشل لأسباب شخصية، وأي نجاح يرجعه لعزو خارجي، أي يرجع نجاحه للأخرين، مع تعميم هذا على كافة المواقف".

ينطلق (بيك) من (محتوى الاكتئاب) في تعريفه؛ إذ أن المحتوى الفكري لمرضى الاكتئاب يركز على فكرة الفقد، وعلى وقوع فقدان كبير، فيشعر المريض أنه قد خسر شيئا يراه ضروري لسعادته أو طمأنينته، ويتوقع الفشل في جميع خطواته ومشاريعه المستقبلية؛ إذ يرى نفسه مفتقدا للصفات اللازمة لتحقيق أهداف مهمة، فيختصر (بيك) مجمل هذه التصورات فيما يطلق عليه (الثلاثي المعرفي للاكتئاب): تصور سلبي للذات، تفسير سلبي لخبرات الحياة، ونظرة عدمية للمستقبل (بيك، ٢٠٠٠).

فيما يعرف (وادي) الاكتئاب باعتباره "ينتج عن حالة حادة ممتدة من الحزن الشامل، المصحوب بنوبات بكاء، وتناقص الطاقة، والأفكار الانتحارية، وتناقص الرغبة الجنسية، وفقدان القدرة على الاستمتاع، وعجز في القدرات المعرفية، واضطرابات النوم، واضطرابات الطعام. وهذه النوبة الاكتئابية تستمر من ٦-٩ شهور" (خطاب، ٢٠١٠).

فيما يفرق (أولريي) و(ولسون) بين الاكتئاب الذي يشعر به الغالبية العظمى من الأفراد باعتبارها استجابة عادية تثيرها مواقف مؤلمة: كالفشل، أو الفقد، أو خيبة أمل، وما يميز هذا النوع العادي من الاكتئاب، أنه يستمر لفترة زمنية قصيرة لا تزيد عن أسبوعين، كما أنه يرتبط بأحداث ملموسة. بالمقابل، الاكتئاب المرضي، ويتميز بأربع خصائص أساسية: فيكون الشعور أكثر حدة، ويستمر لفترة زمنية أطول، ويعيق الفرد عن ممارسة نشاطاته المعتادة، وأخيراً، لا وجود لأسباب واضحة لتغير ملموس حدث في حياة الفرد (خليل، ٢٠١٦). فيما يركز جلال -نقلاً عن (جبر، ١٩٩٤)- على قضية الاستجابة في تعريفه للاكتئاب؛ إذ يعرفه بأنه: "استجابة للإحساس بالضياع، تختلف أساساً في الدرجة والاستمرارية؛ إذ تتراوح من الاستجابة العصابية؛ حيث لا يوجد اضطراب في التفكير، إلى استجابات فصامية؛ حيث يوجد هذاءات وعلامات أخرى تدل على عدم الاتصال بالواقع".

من هنا نجد أن أغلب التعريفات قدمت وصفًا متقارباً لما يمكن أن يكون مظهرًا للاكتئاب، والذي يمكن تلخيصه بالتالي: تقلب المزاج الواضح، تقلبات نوم مزعجة، البطء في الحركة، شعور بالذنب، وإحساس باليأس، اختلال الآنية، وجود أفكار سوداوية قد تصل لأفكار انتحارية (جبر، ١٩٩٤)

هذه الأعراض قام (بيك) بتصنيفها وفق مظاهرها كما يلي:

أ. المظاهر الانفعالية: مثل: فقدان الفرد القدرة على الاستمتاع، والمرح، والضحك، مع تقليل قيمة الذات.

ب. المظاهر المعرفية: وتتمثل في: تكوين صورة سلبية عن الذات، وتوجيه اللوم لها، وتضخيم المشكلات، وعدم القدرة على حسم القرارات -حتى البسيطة منها-، والحط من قيمة الذات.

ج. المظاهر المتعلقة بالدوافع: تتمثل في: شلل يصيب الإرادة، والاتكالية، مع الرغبة في الهروب والموت.

د. المظاهر الجسمية: تتمثل في: سرعة التعب من أقل مجهود، وفقدان اللبيدو، مع الأرق (بيك ٢٠٠٠).

ثانياً: العلاج المعرفي السلوكي:

يرتكز مفهوم العلاج المعرفي السلوكي على فكرة التعرف على الأفكار والانفعالات التي يحملها الفرد، ثم تقييم هذه الأفكار من ناحية عقلانيتها وفعاليتها، لغرض تعديلها بمواجهة المواقف الحالية (برزوان،٢٠١٢)، فالعلاج المعرفي السلوكي بمجمله يهدف إلى تعديل الانحرافات المعرفية لدى الفرد، والتي تشكل مصدراً أساسياً لمعاناته النفسية. وأشهر هذه الانحرافات بحسب ما عرضه (بيك):

١. التفكير الاكتئابي: تشوهات معرفية ينتج عنها التفكير الثنائي أو القطبي؛ إذ ينظر الفرد للأحداث والأفراد من حوله وفقاً لمبدأ الكل أو لا شيء.

٢. التفكير الانتقائي: المتمثل بالحط من قيمة الإيجابيات، وإعلاء قيمة السلبيات، فيقوم الفرد بإعطاء قيمة كبيرة للإخفاقات أو الأحداث السلبية، والتقليل من قيمة النجاحات والأحداث المبهجة.

٣. التداخل العشوائي: يقوم الفرد بإقرار استنتاجات دون توفر أدلة كافية عليها.

٤. المبالغة في التعميم: وفيها يقوم الفرد بتعميم تجربته على كافة المواقف والأشخاص، وهذا التعميم ينطلق من التجارب الفاشلة للفرد.

٥. التجريد الانتقائي: يقوم الفرد بالتركيز على جزء خارج المضمون، بما يخدم تصوراته السلبية عن المواقف أو الأفراد.

٦. العزو الشخصي: يعزو الفرد كل ما يمر به، أو ما يمر به الأخرين، أو الأحداث الخارجية إليه شخصياً؛ وكأنه وحده المسؤول عن ذلك (بيك، ٢٠٠٠).

وقد أثبت عدد من الدراسات فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التعامل مع عدد من الاضطرابات النفسية: كالخجل، والقلق (خطاب، ٢٠١٠)، والمشكلات الزوجية، واضطرابات الأكل، والإدمان، وإساءة استخدام المواد، وبعض الاضطرابات الذهنية، والعديد من مشكلات الأطفال (بولكويرات وآخرون، ٢٠١٨). وكذلك يعمل على التخفيف من آثار بعض الاضطرابات الجسمية كروماتويد المفاصل (أحمد، ٢٠١٣)، وداء الثعلبة (شويخ،٢٠١٣)، والإعاقات الحركية (الحمري، ٢٠١٥)، والتصلب اللويحي (بولكويرات وآخرون، ٢٠١٨)، والإدمان (الرويلي، الشاوي، ٢٠١٦ – عبد الوهاب،٢٠١٠). أما عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع الاكتئاب؛ فقد أشار (سكوت) –نقلاً عن (بولكويرات و آخرون، ٢٠١٨)– عبر الدراسات الإمربيقية التي أكدت أنه في الآونة الأخيرة ازادت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات المختلفة –ومنها الاكتئاب–.

يمكن أن يكون العلاج المعرفي السلوكي علاجًا فرديًا، أو جمعيًا، أو زوجيًا. ويرتكز العلاج المعرفي السلوكي الجمعي على وجود عدد محدد من الأفراد، يلتقون في مواعيد محددة؛ " بهدف اكتشاف ذواتهم، و تحديد الأفكار، والمشاعر، والأفعال التي تعوق بدرجة أو بأخرى تحقيق أهدافهم، ويتم تشجيع المرضى للحديث عن خبراتهم ومشاعرهم هنا والآن Here now and ، كقاعدة أساسية داخل الجماعة، وكثيرا ما يركز المشاركون على أحداث الماضي، أو على المستقبل لتجنب أو الهروب مما يجري هنا والآن" (عبدالوهاب،٢٠١٠). وفي العلاج الجمعي "تصبح الجماعة أكثر أساسية من الفرد؛ فهي التي تخلق المعايير التي يلتزم بها الأفراد أو يخرجون عليها، والجماعة تميل إلى أن تعبر عن فكرة مشتركة بين أعضائها، كما لو كانت كائنا حيًا يعبر عن نفسه بطرق مختلفة من خلال أفواه متعددة" (عبد الوهاب،٢٠١٠). وليحقق العلاج الجمعي أهدافه؛ لابد من وجود خطة علاجية تتضمن عدد أعضاء المجموعة، ووصفًا لخصائص كل عضو، وكذلك عدد الجلسات ومحتواها من المهارات التي سيتم التعرف عليها، وتطبيقها خلال الجلسات، وهذه المهمة يقوم بها قائد العلاج الجمعي (المعالج النفسي)؛ إذ يقع عليه القيام بعدد من الأدوار، ومنها: دور المحفز، والتوسيعي، والموجه، والتفسيري (عبد الوهاب،٢٠١٠).

ثالثاً: الإدمان:

عرّفت منظمة الصحة العالمية الإدمان بأنه حالة نفسية وعضوية، تنتج من تفاعل الفرد مع العقار، وينتج عن هذا خصائص تتسم بأنماط سلوكية محددة، تشمل دائمًا الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة أو دورية؛ للحصول على آثاره النفسية والعضوية المرغوبة، ولتجنب الآثار المؤلمة نتيجة عدم تعاطيه (مهدي، ٢٠١٥). فالإدمان ما هو إلا سوء استعمال أحد العقاقير، أو المواد المخدرة، فيصبح الفرد تحت تأثيرها في كافة تصرفاته، مما لا يمكّنه من الاستغناء عنها، فيسعى للحصول عليها بمجرد نفادها (الرويلي، الشاوي، ٢٠١٦).

عقار (ترامادول): هو مادة شبه أفيونية، تستخدم باعتبارها مسكنًا قويًا للآلام؛ إذ تقوم هذه المادة بتخدير مراكز الإحساس بالجسم، وإدمانها قد يؤدي إلى وقف الإفراز الطبيعي لمادة الإندروفين؛ لذا لا يتم صرفها إلا بوصفة طبية (القللي،٢٠١٥). ينتشر (الترمادول) بين الشباب لما له من تأثيرات مرغوبة للمتعاطين، فهو يجعل الفرد أكثر قدرة على تحمل العمل المجهد، والسهر دون الشعور بالنعاس أو التعب، لكن هذه الطاقة التي يشعر بها المتعاطي مؤقتة، فيسعى المتعاطي للحصول على مزيد من العقار، وقد ينتهي الأمر إلى الإدمان. وقد كشفت الدراسات الطبية عن ظهور أعراض انسحابية بالغة الشدة عند بعض المتعاطين، والتي تشمل الاكتئاب الحاد، والإقدام على الانتحار (مهدي، ٢٠١٥).

تكمن أضرار (الترامادول) في زيادة نشاط الجهاز العصبي والتنفسي، مما يؤدى إلى صعوبة التنفس، والاكتئاب الحاد، والرغبة في الانتحار، والعدوانية، وتقلبات المزاج. ويؤدي أيضا إلى الأرق، والرعشة، وشدة الخفقان، والصداع

الشديد (مهدي، ٢٠١٥). وقد وجدت الدراسات أن إدمان هذه المادة يؤدي أيضا إلى قلة المشاركة في الأنشطة الاجتماعية، وتفاقم المشكلات المالية، وظهور أعراض جنون العظمة، والهذيان، وقد يصل الأمر إلى الموت المفاجئ (القللي،٢٠١٥).

أعراض إدمان (الترامادول):

١. حالة من الضعف، والهزال المؤقت الذي ينتهي أثره بانتهاء مفعول الدواء.
٢. فقدان القدرة على القيام بأبسط الأشياء: كالإمساك بقلم لفترة بسيطة.
٣. الهلاوس بكافة أنواعها، وإحساس مبالغ فيه بالخوف والضعف، أو إحساس بالقوة والعظمة.
٤. شحوب الوجه، وكثرة إغلاق العينين؛ إذ يبدو المتعاطي كأنه نائم (مهدي، ٢٠١٥).

علاج إدمان (الترامادول) يمر بثلاث مراحل متعاقبة، وهي:

١. مرحلة سحب المخدر من الجسم: وهي مرحلة تتراوح بين ٩ إلى ١٥ يومًا، وذلك حسب مقدار جرعة (الترامادول) المستخدمة، ومدة التعاطي.

٢. مرحلة بدء العلاج النفسي المكثف: التشجيع للاستمرار على العلاج، وعدم العودة للمخدرات، وتتم هذه المرحلة بواسطة الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي. تبدأ هذه المرحلة مباشرة بعد الانتهاء من سحب السموم من الجسم.

٣. مرحلة العلاج السلوكي والمعرفي: تهتم هذه المرحلة بتغيير المعتقدات والأفكار الخاطئة حول استخدام المخدرات، ومفهوم الذات. وقد يتم في هذه المرحلة علاج بعض الاضطرابات النفسية، التي قد تكون سبباً في الإدمان (كالاكتئاب، والقلق)؛ وذلك عبر جلسات علاج نفسي جمعي أو فردي (مهدي، ٢٠١٥).

ومن هنا، تسعى هذه الدراسة لتقديم برنامج علاجي سلوكي معرفي جمعي لمجموعة من المدمنات، اللاتي ثبتت إصابتهن بالاكتئاب الحاد على مقياس (بيك). والهدف من هذا البرنامج مساعدة المدمنات على الوعي بطبيعة واقعهن، وتعلم مهارات نفسية فعالة، تمكنهن من التعامل مع الاكتئاب والإدمان، مما يُسهم في مساعدتهن للحصول على حياة أفضل من الناحية النفسية لهن ولأسرهن.

فروض الدراسة:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية من المدمنات الخاضعات للبرنامج العلاجي والمجموعة الضابطة من المدمنات غير الخاضعات للبرنامج العلاجي في القياس القبلي على مقياس (بيك) للاكتئاب.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي للاكتئاب والقياس البعدي للاكتئاب لدى المجموعة الضابطة من المدمنات غير الخاضعات للبرنامج العلاجي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي للاكتئاب والقياس البعدي للاكتئاب لدى المجموعة التجريبية من المدمنات الخاضعات للبرنامج العلاجي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية من المدمنات الخاضعات للبرنامج العلاجي والمجموعة الضابطة من المدمنات غير الخاضعات للبرنامج العلاجي في القياس البعدي على مقياس (بيك) للاكتئاب.

إجراءات الدراسة:

المنهج :

استخدمت الدراسة المنهج التجريبي الذي يهدف إلى كشف العلاقة بين المتغير المستقل "البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجمعي" والمتغير التابع "الاكتئاب". قامت التجربة على اختيار مجموعتين متكافئتين في عوامل: السن، والجنس، ونوع الإدمان، ودرجتهن في مقياس بيك للاكتئاب –الذي أجري قبل بداية التجربة–، ثم خضعت المجموعة التجريبية لجلسات علاج جماعي على مدى شهرين ونصف، بمعدل جلسة واحدة أسبوعيًا، ثم طُبّق مقياس (بيك) بعدي على كلا المجموعتين.

الحدود الاجرائية :

الحدود البشرية: تكونت عينة الدراسة من ٢٤ مريضة من مدمنات مادة (الترامادول)، اللاتي حصلن على درجات بين (٢٤–٣٦) على مقياس (بيك) للاكتئاب؛ إذ تشير هذه النتائج إلى الإصابة باكتئاب حاد. تراوحت أعمار العينة بين ٢٢–٣٠ سنة، وقد قسمت العينة إلى مجموعتين، الأولى تجريبية = (١٢) مريضة، وضابطة (١٢) مريضة.

الحدود الزمانية: عقدت الجلسات في كل يوم أربعاء لمدة شهرين ونصف، بمجموع عشر جلسات، تستغرق الجلسة الواحدة ٩٠ دقيقة.

الحدود المكانية: عقدت الجلسات في عيادة نفسية خاصة في مدينة جدة.

أدوات الدراسة:

أولاً مقياس)بيك (للاكتئاب .(Beck)

يتكون المقياس بصورة أصلية من قائمة تحتوي ٢١ فقرة لقياس درجة الاكتئاب. تتراوح درجة كل فقرة من صفر إلى ٣، ويتراوح مجموع الدرجات الكلي بين (٠ و٦٣). يهدف المقياس إلى لتمييز بين المكتئبين وغير المكتئبين؛ إذ أن الدرجة (١٠) هي الدرجة الفاصلة بين الحالتين (حمدي وآخرون، ١٩٨٨). ومعرفة درجة الاكتئاب لدى الفرد تكون بجمع الدرجات التي حصل عليها من كافة الفقرات، ويتم تفسير الدرجات وفق الشكل التالي:

من صفر إلى ٩ غير مكتئب.
من ١٠ إلى ١٥ اكتئاب خفيف.
من ١٦ إلى ٢٣ اكتئاب متوسط.
من ٢٤ إلى ٦٣ اكتئاب حاد.

ثبات المقياس: تم تقنين المقياس على المجتمع السعودي من قبل (حسين، ٢٠٠٨)؛ إذ بلغ معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (٠,٩٢)، أما ثبات إعادة التطبيق فكان (٠,٦٢)، إضافة لهذا، فقد بلغ معامل (كرونباخ ألفا) لقياس ثبات الاتساق الداخلي (٠,٨٢)؛ وذلك على العينة السعودية.

ثانياً: البرنامج العلاجي الجمعي:

يتكون البرنامج العلاجي الجمعي من ١٠ جلسات، مدة كل جلسة ٩٠ دقيقة. وقد صُمم البرنامج بالاعتماد على نظريات العلاج المعرفي السلوكي CBT، ثم عُرض البرنامج على عدد من المحكمين من ذوي الاختصاص لاعتماده، وذلك بعد إجراء التعديلات المقترحة من قبلهم.

وصف لإجراءات التطبيق:

صُممت جلسات البرنامج العشر –جدول رقم (١)– على أن تكون جلسة واحدة كل أسبوع مدتها ٩٠ دقيقة، وذلك على مدى شهرين ونصف، قسّمت هذه الجلسات إلى ثلاث مراحل:

١. المرحلة الأولى: وتكون على امتداد ثلاث جلسات، يركّز فيها على: تعارف الأعضاء؛ لخلق تناغم فعال فيما بينهم، تطبيق مقياس (بيك) للاكتئاب، تعرف الأعضاء على مفهوم العلاج الجمعي وطبيعة البرنامج.

٢. المرحلة الثانية: تمتد من الجلسة الرابعة إلى الجلسة التاسعة، وفيها يتعلم الأعضاء المهارات التي يحتاجونها للعلاج، وتطبيقها داخل الجلسة العلاجية مع بعضهم البعض.

٣. المرحلة الثالثة: وهي المرحلة الختامية، يطبَّق فيها المقياس المطلوب، وتحضير أعضاء المجموعة لختام وإنهاء المجموعة، ويكون ذلك في الجلسة الأخيرة من البرنامج.

جدول رقم (١) محتوى جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجمعي.

الجلسة	الموضوع	المهارة / العملية
الأولى	بناء العلاقة العلاجية، وتعارف الأعضاء.	التعارف بين أعضاء الجلسة من مرضى والمعالج النفسي، وكذلك التعرف على البرنامج وأهدافه، والتعرف على معايير وشروط الجلسات القادمة، مع توقيع عقد لمتابعة الجلسات، والحفاظ على سرية الأعضاء، وأخيراً تطبيق مقياس (بيك) للاكتئاب. لا توجد مهارات محددة لتعلمها في هذه الجلسة.
الثانية	مقدمة لقضايا الإدمان، وتعريف به.	يعبر الأعضاء عن مشاعرهم، ومعتقداتهم الخاصة حول الإدمان، ومعتقداتهم حول اختلاف قضايا المدمنين لمادة (الترامادول) عن قضايا المدمنين لمواد أخرى. ثم تعلم مهارة تأكيد الذات عند مواجهة مواقف تمييزية، والتدرب عليها.

الثالثة	الرعاية الصحية، والمسائل القانونية المتعلقة بالإدمان.	توفر هذه الجلسة بعض التثقيف النفسي –من المعالج، وأعضاء المجموعة الذين خضعوا لبرامج التعافي من الإدمان– حول المخاوف الصحية المتعلقة بالإدمان. ويناقش أعضاء المجموعة القضايا القانونية المتعلقة بالإدمان، وقضايا الرعاية الصحية، والمضاعفات الصحية للإدمان، مثل: الآثار الانسحابية. ثم العمل على تطوير مهارات التأقلم مع الآثار الجانبية المحتملة عند توقف التعاطي، وتعلم الطرق الصحية للتعامل معها.
الرابعة	العائلة، والأصدقاء، وشريك الحياة.	تعلم وممارسة مهارات حل النزاعات –خاصة مع شريك الحياة (الزوج)– من خلال تقمص الأدوار مع شريك في المجموعة. ثم يتحدث أعضاء المجموعة عن تجارب مصارحة العائلة والأصدقاء بحقيقة إدمانهم، أما الأعضاء الذين لم يصارحوا عائلاتهم وأصدقائهم بذلك، فتناقش مخاوفهم بشأنه. وكذلك تتضمن الجلسة مناقشة تأثير العائلة، سواء بدفع المشاركين إلى الإدمان أو التعافي، والإشكاليات العائلية تقف في طريقهم إلى التعافي.
الخامسة	الاكتئاب، والانتحار، وتعاطي المخدرات.	تعلم تقنيات إعادة الهيكلة المعرفية الأساسية للتعامل مع مشاعر الاكتئاب، والأفكار الانتحارية، في حال ظهورهما. التعرف على أنماط التفكير السلبية، ومحفزات الأفكار الاكتئابية والانتحارية. التعرف على آثار الإدمان النفسية، وكيفية تحفيزه لشعور بالاكتئاب، ثم تعريف بطبيعة الاكتئاب، وأشكاله المتعددة.
السادسة	التوتر، وضغوط الحياة.	تعلم كيفية تحديد مصادر الضغوط الحياتية، وتحديد درجة قوتها، وتعلم مدى ارتباط ردود الأفعال بهذه الضغوط، وتعلم طرق صحية وأكثر فعالية في التعامل معها.
السابعة	توكيد الذات، وضبط الذات.	تعلم مهارات تزيد من توكيد الذات لدى المشاركين؛ وذلك عبر الحديث الذاتي. تعلم معنى مهارة الضبط الذاتي، وكيفية اكتسابها للتحكم بالسلوكيات، وأثر هذا على شعورهم بالتوازن النفسي.
الثامنة	المشاعر والمعتقدات والسلوك	التعرف على العلاقة بين المشاعر، والمعتقدات، والسلوك. التعرف على المعتقدات العقلانية وغير العقلانية، وكيفية التمييز بينهما. فحص المعتقدات غير العقلانية، ومعرفة علاقتها بالإدمان والاكتئاب لدى المشاركين.
التاسعة	استراتيجيات التعامل مع الاكتئاب.	استكمالاً للجلسة السابقة، يتم استعادة المعتقدات غير العقلانية ذات العلاقة بالإدمان والاكتئاب، ثم الانتقال منها إلى استراتيجيات فعالة لتخفيض الاكتئاب، مثل: الاسترخاء، تركيز كامل الذهن، اللاشخصنة.
العاشرة	الإنهاء.	لن يتم تعلم أي مهارات في هذه الجلسة، بل يعمل أعضاء المجموعة على إغلاق المجموعة؛ وذلك بمناقشة قضايا الإنهاء للجلسات، ومن ثم إجراء التطبيق البعدي لمقياس الاكتئاب.

عرض النتائج:

التحقق من صحة الفرض الأول:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية من المدمنات الخاضعات للبرنامج العلاجي، والمجموعة الضابطة من المدمنات غير الخاضعات للبرنامج العلاجي في القياس القبلي على مقياس (بيك) للاكتئاب" أي تكافؤ كلاً من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وللتحقق من صحة الفرض، تمت معالجة البيانات لاستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، واختبار "ت"، وذلك وفقًا لنتائج أداء عينة الدراسة على مقياس (بيك) للاكتئاب القبلي. وكانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (٢).

الجدول (٢): المتوسطات الحسابية، والانحرافات، المعيارية، واختبار "ت"
وفقاً لمتغير المجموعة على مقياس (بيك) للاكتئاب القبلي.

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	الدلالة الإحصائية
تجريبية	12	32.58	9.7	0.63	غير دال
ضابطة	12	33.96	9.4		

وفقاً للجدول (٢)، نجد أن قيمة "ت" غير دالة إحصائيًا، ويتضح من هذا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس (بيك) للاكتئاب، بما يشير إلى تكافؤ المجموعتين في درجة الاكتئاب قبل بدء التجربة.

التحقق من صحة الفرض الثاني:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للاكتئاب لدى المجموعة الضابطة من المدمنات الخاضعات للبرنامج العلاجي".

للتحقق من صحة الفرض، تمت معالجة البيانات لاستخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، واختبار "ت"، وذلك وفقًا لنتائج القياس القبلية والبعدية لعينة الدراسة، على مقياس (بيك) للاكتئاب. وكانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (٣).

الجدول (٣): المتوسطات الحسابية، والانحرافات، المعيارية، واختبار "ت"
وفقًا لنتائج القياس القبلية والبعدية لعينة الدراسة على مقياس (بيك) للاكتئاب.

المجموعة الضابطة	**العدد**	**المتوسط الحسابي**	**الانحراف المعياري**	**قيمة "ت"**	**الدلالة الإحصائية**
النتائج القبلية	12	33.96	9.4	0.16	غير دال
النتائج البعدية	12	28.86	6.3		

وفقاً للجدول رقم (٣)، نجد أن قيمة "ت" غير دالة إحصائياً، ويتضح من هذا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة في القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس (بيك) للاكتئاب.

التحقق من صحة الفرض الثالث:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي للاكتئاب، والقياس البعدي للاكتئاب لدى المجموعة التجريبية من المدمنات الخاضعات للبرنامج العلاجي".

أي عدم فعالية التدخل العلاجي عبر الخضوع لجلسات علاج جمعي في تخفيض مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية. وللتحقق من صحة الفرض تمت معالجة البيانات لاستخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات

المعيارية، واختبار "ت"، وحساب حجم التأثير cohen's d effect size لقيمة "ت"، وذلك وفقًا لنتائج أداء عينة الدراسة على مقياس (بيك) للاكتئاب قبل وبعد الخضوع للجلسات. وكانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (٤).

الجدول (٤): المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، واختبار "ت"

على مقياس (بيك) للاكتئاب للمجموعة التجريبية، وفقًا لمتغير التدخل العلاجي.

المجموعة التجريبية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	حجم التأثير
النتائج القبلية (قبل الخضوع للجلسات العلاجية)	12	32.58	9.7	7.48	0.014	1.7
النتائج البعدية (بعد الخضوع للجلسات العلاجية)	12	13.79	11.2			

يتضح من الجدول (٤) وجود فرق ذو دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية قبل وبعد الحصول على جلسات العلاج الجمعي. وهذا الفرق لصالح جلسات العلاج الجمعي. فيما يتضح أن حجم التأثير كان مرتفعًا جدًا، وبنسبة عدم تداخل تصل إلى ٧٧,٤% ((Cohen, 1988 مما يشير إلى أن الفرق ذو دلالة إحصائية، مما يمكننا من إرجاعه لفعالية البرنامج العلاجي.

التحقق من صحة الفرض الرابع:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية من المدمنات بعد الخضوع للبرنامج العلاجي، والمجموعة الضابطة من المدمنات غير الخاضعات للبرنامج العلاجي في القياس البعدي على مقياس (بيك) للاكتئاب".

وللتحقق من صحة الفرض، تمت معالجة البيانات لاستخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، واختبار "ت"، وحساب حجم التأثير cohen's d effect size لقيمة "ت"، وذلك وفقًا لنتائج أداء عينة الدراسة على مقياس (بيك) للاكتئاب، وفقًا لمتغير التدخل العلاجي: الخضوع للجلسات العلاجية أو عدم الخضوع لها. وكانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (٥).

الجدول (٥): المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، واختبار "ت"،

وفقاً لمتغير التدخل العلاجي على مقياس (بيك) الاكتئاب في القياس البعدي.

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	حجم التأثير
تجريبية (الخضوع للجلسات العلاجية)	12	13.79	11.2	5.37	0.03	1.5
ضابطة (عدم الخضوع للجلسات العلاجية)	12	28.86	6.3			

يتضح من الجدول (٥) وجود فرق ذو دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية بعد الحصول على جلسات العلاج الجمعي، ومتوسط درجات المجموعة الضابطة بعد مرور الفترة الزمنية ذاتها دون الحصول على جلسات العلاج الجمعي. وهذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية التي خضعت للعلاج الجمعي. فيما يتضح أن حجم التأثير كان مرتفعًا جداً، وبنسبة عدم تداخل تصل إلى ٧٠,٠%، مما يشير إلى أن الفرق بين المتوسطين يرجع لفعالية البرنامج العلاجي.

تفسير النتائج:

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار مدى فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي جمعي، لخفض درجة الاكتئاب لدى عينة من مدمنات مادة (الترامادول). ارتكز البرنامج على استخدام تقنيات معتمدة من المنهاج العلاجي المعرفي السلوكي CBT، هذه التقنيات تهدف إلى تنمية بعض المهارات لخفض درجة الاكتئاب، والمساعدة على التعافي من الإدمان. ومن هنا قام البرنامج العلاجي على: منح بعض التثقيف النفسي حول الاكتئاب والإدمان، وتعليم تقنيات إعادة الهيكلة المعرفية الأساسية للتعامل مع مشاعر الاكتئاب والأفكار الانتحارية حالة ظهورها، والتعريف بأنماط التفكير السلبية ومحفزاته، والتعريف بالعلاقة بين المشاعر والمعتقدات والسلوك، والتعريف بالمعتقدات العقلانية واللاعقلانية وكيفية التمييز بينهما، وتحديد مصادر الضغوط في حياة كل فرد من المشاركين، وتعليم مهارات حل النزاعات خاصة مع الزوج/الأهل؛ وذلك بتقمص الأدوار أثناء الجلسة، وأخيرًا، تعليم مهارات تمكن المشاركين من زيادة توكيد الذات.

وقد أكدت النتائج فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي الجمعي في خفض مستوى الاكتئاب لدى المدمنات اللاتي خضعن له؛ فقد أظهرت النتائج فروقًا ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة، في مستوى الاكتئاب –كما يظهر على مقياس (بيك)– لصالح المجموعة التجريبية. هذا الفارق ذو الدلالة الإحصائية بين المجموعتين لم يكن موجودًا عند تطبيق المقياس قبل البدء بتنفيذ البرنامج العلاجي الجمعي، وذلك يشير إلى فعالية البرنامج العلاجي. وللتحقق أكثر من النتائج، أُجري تطبيق قبلي وبعدي على مقياس (بيك) للاكتئاب على المجموعة الضابطة، ففي حالة وجود فروق ذات دلالة احصائية بين التطبيقين، فستفسر النتائج بأحد عاملين: الزمن أو التكرار؛ أي أن مرور فترة من الزمن بين التطبيق القبلي والبعدي هو الذي أسهم في حدوث الفروق الدالة، أو أن تكرار تطبيق ذات المقياس خلال فترة زمنية مدتها شهرين ونصف هو من أسهم بذلك. على أي حال، النتائج كشفت عن عدم وجود فروق في هذا التقصي، بما يعني غياب أثر الزمن وتكرار التطبيق، وهذا الأمر يمكن إحالته إلى نتائج المجموعة التجريبية؛ وذلك بالإشارة إلى أن الفروق ذات الدلالة بين التطبيق القبلي والبعدي يمكن عزوها لفعالية البرنامج العلاجي الجمعي، وغياب تأثير عامل الزمن أو تكرار تطبيق ذات المقياس.

هذه النتائج تتفق مع عدة دراسات تناولت فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي في التعامل مع بعض الاضطرابات النفسية: دراسة (عبد الوهاب،٢٠١٠)، ودراسة (الرويلي، الشاوي، ٢٠١٦)، ودراسة (أحمد، ٢٠١٣)، ودراسة (شويخ،٢٠١٣)، ودراسة (الحمري، ٢٠١٥)، ودراسة (بولكويرات وآخرون، ٢٠١٨).

وانطلاقًا من نتائج الدراسة الحالية، توصي الباحثة بمزيد من التقصي؛ للتعرف على تطبيقات ممكنة وفعالة للعلاج النفسي الجمعي وتطبيقها في عدد من المؤسسات المجتمعية بما يخدم الأفراد أياً كان مكان تواجدهم. وتوصي الباحثة بتكثيف الوعي بأهمية العلاج النفسي، بما فيها العلاج النفسي الجمعي؛ لمساعدة من يعانون من اضطرابات نفسية لتجاوز الأزمات. كما توصي الباحثة بإجراء مزيد من البحوث للتعرف على دور الاضطرابات النفسية – كالاكتئاب والقلق– في تعسير تعافي المدمنين. وأخيرًا، يجب تقديم مزيد من البرامج العلاجية الجمعية لمرضى إدمان مواد أخرى غير (الترامادول)؛ لما لهذه البرامج من فعالية في تعزيز المهارات الاجتماعية التي يعاني من ضعفها بعض المدمنين.

المراجع

ابراهيم، ع. (١٩٩٨). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه. الكويت: عالم المعرفة.

أحمد، س. (١٩٩١). دراسة حالة لظاهرة الانتحار الناتج عن ذهان الهوس والاكتئاب. علم النفس: الهيئة المصرية العامة للكتاب. مج ٥،ع ١٩-١٨، ص ٦٩ – ٤٦.

أحمد، أ. (٢٠١٣). العلاج المعرفي السلوكي لتحسين القلق والاكتئاب لدى عينة من مرضى الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل. المجلة العلمية لكلية الآداب، ع٤٧، ص ٥٠٨ – ٤٨٣.

برزوان، ح. (٢٠١٢). دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة اكتئاب نفسي. مجلة دراسات نفسية وتربوية، ع ٨، ص ١-١٣.

بلميوب، ك. (٢٠١٥). العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب في بيئة تتسم بالعنف الأسري والفقر: دراسة حالة. دراسات نفسية، ع ١٢، ص ٩٣-٩٩.

بولكويرات، ص.، وشريفي، هـ.، وبرزوان، ح. (٢٠١٨). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من استجابة القلق والاكتئاب لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي. دراسات نفسية: مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعلمية، ع ١٥، ص ٧٦-٩٤.

بيك، آ. (٢٠٠٠). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. بيروت: دار النهضة العربية للنشر.

جبر، ج. (١٩٩٤). التشخيص الفارق: دراسة حالة في الاكتئاب النفسي. علم النفس: الهيئة المصرية العامة، مج ٨، ع ٢٩، ص ٩٨ – ٧٧.

حمدي، ن.، وأبو حجلة، ن.، وأبو طالب، ص. (١٩٨٨). البناء المعرفي ودلالات صدق وثبات صورة معربة لقائمة بيك للاكتئاب. مجلة دراسات العلوم الّتربوية، مج ١٥،ع ١، ص ٣٠-٤٠.

حسين، ع. (٢٠٠٨). العلاقة بين الاكتئاب بمقياس بيك والحالات الانفعالية بمقياس الانفعالات الفارق لدى عينة سعودية. الندوة الإقليمية لعلم النفس، كلية التربية، جامعة المللك سعود.

الحمري، م. (٢٠١٥). فاعلية العلاج المعرفي في علاج الاكتئاب المصاحب للإعاقات الحركية: دراسة حالة. المجلة العلمية لكلية الآداب: جامعة أسيوط، ع ٥٦، ص ٣٤٥ – ٣٠٦.

خطاب، ك. (٢٠١٠). العلاج المعرفي السلوكي لسيدة تعاني من اضطراب كرب ما بعد الصدمة: دراسة حالة علاجية. مجلة مركز الخدمة للإستشارات البحثية: جامعة المنوفية، ع ٣٩، ص ٢٥٠ – ٢٣٤.

خليل، ص. (٢٠١٦). التدخل العلاجي باستخدام تقنية الحرية النفسية لدى مريض الاكتئاب: دراسة حالة. مجلة كلية التربية، مج ٣٢، ع١، ص ١-٥٨.

الرويلي، ف.، والشاوي، ر. (٢٠١٦). أثر برنامج إرشادي جمعي في خفض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات لدى مدمين المخدرات في مركز الأمل بالمملكة العربية السعودية. مجلة جامعة القدس المفتوحة للإبحاث والدراسات التربوية والنفسية، مج ٤، ع ١٣، ص ٢٨٥-٣١١.

شويخ، ه. (٢٠١٣). كفاءة بعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الأعراض المزاجية لدى حالة تعانى من داء الثعلبة. دراسات نفسية، مج ٢٣، ع١، ص ١١٣-١٤٣.

عبدالوهاب، ط. (٢٠١٠). فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة قلق الاختبار لدى طلاب كلية التربية بنزوى. علم النفس: الهيئة المصرية العامه للكتاب، مج ٢٣، ع ٨٧، ص ٥٤-٣٠.

عكاشة، أ. (١٩٩٨). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: الانجلو المصرية.

العيسوي، ع. (٢٠٠٥). سيكولوجية العنف والعدوان. دمشق: دار الأنوار.

فايد، ح. (٢٠٠١). الاضطرابات السلوكية: تشخيصها، أسبابها، عالجها، حلوان: المنشورات الجامعية لجامعة حلوان.

القلي، م. (٢٠١٥). الأسباب النفسية والاجتماعية والأسرية والشخصية لإنتشار إدمان العقاقير المخدرة كالترامادول بين طلاب الجامعة: دراسة حالة. مجلة بحوث التربية النوعية: جامعة المنصورة، ع ٣٠، ص ٢٥٤-٢٨٦.

مهدي، ك. (٢٠١٥). بعض الاضطرابات النفسية المرتبطة بإدمان الترامادول لدى الشباب الجامعي: دراسة مقارنة. مجلة كلية الدراسات الانسانية، ع ١٥، ص ٣-

المراجع الانجيزية

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Coles, M. E. (1982). Psychopathology Clinical. London: Routledge and Kegan Paul.

Dayer, D. & Collart, T. (1997). pharmacology of tramadol, Journal of Drwz, Vol. 53, Issue 2, PP. 18- 24.

Pamela, L. M., Michael, P. M., Na-Jin, P., Shelton, C., Brown C., and Michael, T. W., (2010). Work Environment Stressors, Social Support, Anxiety, and Depression Among Secondary School Teachers, AAOHN Journal, Vol. 58, No 5. pp.197-206

Berto, P. D'Ilario'D., Ruffo., P, Di Virgilio R, and Rizzo F. (2000). Depression cost-of-illness studies in the international literature, a review, The Journal of Mental Health Policy and Economics, Vol.3, No.1.pp.3-10.

Wang, P., Simon, G., and Avom, j. (2007). Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trail, Journal of the American Medical Association, Vol. 298, No. 12, pp. 1401-1411.

The effectiveness of a group cognitive behavioral therapy program in reducing depression among tramadol addicts

Dr. Hend Alsulaiman
Department of Psychology - College of Arts and Humanities
King Abdulaziz University

Abstract. the purpose of this study is to investigate the effectiveness of a group therapy program to reduce depression among tramadol addicts in Jeddah, Saudi Arabia. The study population consisted of a sample of tramadol addicts who visited a private clinic in Jeddah. The total number of the sample was 24 addicts who voluntarily agreed to participate in the study. The ages of the participants ranged between (22-30) years. The sample was divided into two groups: 12 addicts who made up the control group, and 12 addicts who made up the experimental group. Where the treatment program was applied to the experimental group only. The results showed that there were statistically significant differences due to the group's effect on the Beck scale in favor of the experimental group, which confirms the effectiveness of the therapy program used in reducing depression.
Keywords: depression, Substances, addiction, tramadol, group therapy program**.**